

Artroscopia en las unidades de reumatología. Presente y perspectivas futuras

J.D. Cañete Crespillo

Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. España.

La artroscopia es el único procedimiento que permite la visión directa de la membrana sinovial y del cartílago así como la intervención sobre dichas estructuras. La relación de los reumatólogos con la artroscopia se remonta a unos 30 años pero, a excepción de en la escuela francesa, no ha tenido continuidad. Esto ha sido así por las dificultades existentes para su aprendizaje (insuficiente colaboración con cirujanos ortopedas), el coste asociado a la necesidad de disponer de quirófanos y anestesia general y, sobre todo, a que no se encontraron correlaciones entre los cambios observados en el tejido sinovial y los parámetros clínicos, biológicos y radiológicos de actividad de la artritis¹.

El desarrollo de artroscopios de reducido diámetro y de gran resolución de imagen, que permiten realizar la artroscopia de forma ambulatoria con anestesia local en cualquier articulación, y la disponibilidad de potentes técnicas para caracterizar células y moléculas, y para detectar potenciales agentes etiológicos en el tejido sinovial, ha propiciado la recuperación de la artroscopia por parte de nuestra especialidad.

La artroscopia reumatológica se tolera bien, y las complicaciones suelen ser leves e infrecuentes². Por otra parte, permite la inspección articular completa y la obtención de biopsias sinoviales bajo visión directa, y es más específica y sensible que la biopsia a ciegas, que se ha aplicado fundamentalmente en la rodilla; en cambio, la artritis reumatoide (AR) suele comenzar por las articulaciones pequeñas de las manos y los pies. La artroscopia de las articulaciones metacarpofalángicas o de la muñeca permite observar los cambios sinoviales, hacer una gradación de la sinovitis y obtener biopsias sinoviales en la AR desde su inicio. El estudio inmunohistoquímico y las técnicas de hibridación *in situ* aplicados a la biopsia sinovial pueden caracterizar el infiltrado celular, el perfil de las citocinas o la expresión génica, para facilitar el conocimiento de la historia natural y la patogenia de la AR. Dada la excelente tolerancia de la artroscopia, la realización de artroscopias pre y postratamiento en grupos de pacientes clínicamente homogéneos puede aportar marcadores sinoviales pronósticos de respuesta a una terapia determinada, así como sugerir

mecanismos de acción. Además, la visión directa de la sinovial por artroscopia sirve como patrón oro para la evaluación de la sinovitis por otras técnicas de imagen indirecta, como la resonancia magnética y la ecografía de alta resolución³.

Una encuesta reciente, en la que una mayoría de reumatólogos artroscopistas prefieren la expresión *artroscopia reumatológica* sobre *artroscopia de aguja* para referirse a esta técnica, recoge que aproximadamente el 50% de las artroscopias se lleva a cabo para la investigación⁴, datos que coinciden con nuestra experiencia. Por ello, se ha sugerido que, en vez de un término que resulta confuso, como *artroscopia reumatológica*, debería diferenciarse la artroscopia de investigación (*research arthroscopy*), cuyos objetivos serían la inspección minuciosa de la membrana sinovial y el cartílago, y la obtención de biopsias guiadas, de la quirúrgica (terapéutica), que incluiría la realización de meniscectomías (diagnosticadas en el mismo acto de la artroscopia), extracción de cuerpos libres y sinovectomías⁵. Lógicamente, estos distintos tipos de artroscopia requieren formaciones diferentes.

La artroscopia reumatológica es una subespecialización reconocida tanto por la EULAR como por la ACR, aunque los requisitos y privilegios varían según el país. En general, se exige una formación tutelada, una formación continuada en artroscopia y la práctica regular de artroscopias. En Estados Unidos se distingue la formación en «artroscopia diagnóstica» para médicos que desean utilizar la artroscopia sólo con objetivos diagnósticos (incluyendo la biopsia sinovial) y la formación en «artroscopia quirúrgica», que requiere una residencia acreditada de cirugía ortopédica⁶. Sin embargo, en Francia los reumatólogos formados en artroscopia quirúrgica pueden realizar los procedimientos terapéuticos referidos previamente⁷. La artroscopia reumatológica «quirúrgica» exige una formación específica en técnicas quirúrgicas y delimitar con precisión su ámbito de aplicación, a fin de evitar rivalidades estériles entre especialidades y conseguir la necesaria colaboración del cirujano artroscopista. Nosotros incorporamos la artroscopia hace unos 4 años, tras un período de formación en la Universidad de Leeds (artroscopia de la artritis de inicio) y

de un año de colaborar con un cirujano artroscopista. Hemos realizado unas 260 artroscopias, aproximadamente el 50% para la investigación y el tratamiento de la artritis (morfología vascular, grado y extensión de la sinovitis, biopsia sinovial, lavado articular) y el 50% para el tratamiento (lavado) y el diagnóstico (lavado articular, características y extensión de la sinovitis, y condropatía y exclusión de otras afecciones). Sin duda, el artroscopio ha aumentado nuestra capacidad diagnóstica, al tiempo que nos ha permitido detectar formas de presentación atípicas e insospechadas de artropatías comunes, como la gota, y establecer correlaciones entre las manifestaciones clínicas, y los hallazgos artroscópicos e histopatológicos.

Aunque algunos estudios controlados discuten que el lavado articular tenga un efecto beneficioso sobre la artrosis^{8,9}, nuestra experiencia es que, en general, los pacientes con artritis crónicas o artrosis leves-moderadas experimentan una mejoría clínica significativa tras el lavado artroscópico (3-4 l). Finalmente, la artroscopia nos ha ayudado a profundizar en el estudio de la sinovitis: establecer la morfología vascular sinovial en relación con el tipo de artritis¹⁰, los marcadores sinoviales diagnósticos y pronósticos de daño articular¹¹, así como los efectos de la terapia biológica sobre procesos patogénicamente relevantes, como la angiogénesis¹².

No obstante, la aplicación exclusivamente clínico-asistencial de la artroscopia sigue siendo marginal en reumatología. El reducido número de indicaciones clínicas, que *a priori* no compensaría el esfuerzo en formación e inversión que exige la artroscopia, es una de las causas de que sólo se haya implantado en servicios de reumatología con capacidad y vocación investigadora y docente. Sólo si los reumatólogos asumimos la artroscopia como una técnica imprescindible para el estudio y el tratamiento de la enfermedad articular conseguiremos avanzar en el conocimiento de la fisiopatología articular y podremos establecer correlaciones entre los síntomas del paciente y los hallazgos artroscópicos, para, así, generar nuevas indicaciones clínicas avaladas por estudios metodológicamente correctos.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha promovido el conocimiento teorico-práctico de la artroscopia reumatológica mediante los talleres de artroscopia que ininterrumpidamente se realizan en sus congresos nacionales desde el año 2000, aunque ello no se ha traducido en la creación de nuevas unidades de artroscopia.

Partiendo del hecho de que en la actualidad la aplicación de la artroscopia en la reumatología española es anecdótica¹³, creemos que se debe hacer un esfuerzo coordinado para que en el futuro existan unidades de artroscopia, al menos, en los servicios de reumatología de los hospitales universitarios. Ello supondría elevar el nivel clinicocientífico de la reumatología y, probablemente a medio-largo pla-

zo, que se generasen nuevas plazas. La creación de estas unidades se facilitaría si la artroscopia reumatológica incluyese procedimientos quirúrgicos menores (sinovectomías, extracción de cuerpos libres, etc.), ya que de esta forma se ampliarían sus indicaciones clínicas. El plan de formación, los requisitos para su práctica y la supervisión del procedimiento deberían depender de la SER, a fin de asegurar que este tipo de artroscopia se realizase con las máximas garantías de competencia y seguridad.

Como se ha comentado, se debería trabajar en colaboración con los cirujanos ortopedas, a través de la Sociedad Española de Artroscopia, pues los objetivos de artroscopistas «médicos» y «quirúrgicos» son complementarios. La experiencia francesa de colaboración entre cirujanos ortopedas y reumatólogos artroscopistas ha sido enriquecedora para ambos colectivos y ha producido interesantes aportaciones clínicas¹⁴.

Siguiendo la estela de la reumatología francesa, la incorporación de procedimientos terapéuticos a la artroscopia reumatológica promovería la implantación de esta técnica. En un principio, en los centros con un interés especial por la enfermedad articular, con personal entrenado y motivado para la investigación clínica y la docencia. La coordinación entre los distintos centros, promovida desde la SER, facilitaría la realización de estudios sobre aplicaciones de la artroscopia, de lo que se podría derivar un aumento de sus indicaciones. De esta manera aumentaría el rendimiento clínico de una unidad de artroscopia reumatológica y resultaría más atractiva su implantación en los servicios de reumatología con una actividad fundamentalmente asistencial.

En nuestra opinión, la creación de unidades de artroscopia integradas dentro de los servicios de reumatología es un factor que estimula la motivación del reumatólogo y le proporciona enriquecimiento clínico, docente e investigador, por lo que influye positivamente en la calidad asistencial y en el nivel científico de nuestra especialidad.

Bibliografía

1. Cañete JD, Salvador GS, Gómez A, Sanmartí R. Artroscopia reumatológica en el diagnóstico, tratamiento e investigación de las enfermedades articulares. MTA. Med Interna. 1999; 17:229-57.
2. Reece RJ, Cañete JD, Emery P, Veale DJ. Small joint arthroscopy: a safe, efficacious and well tolerated procedure in early inflammatory arthritis. Arthritis Rheum. 1997;40:S246.
3. Reece RJ, Emery P. Needle arthroscopy. Br J Rheumatol. 1995;34:1102-4.
4. Kane D, Veale DJ, FitzGerald O, Reece R. Survey of arthroscopy performed by rheumatologists. Rheumatology (Oxford). 2002;41:210-5.

5. Ayrál X, Dougados M. Rheumatological arthroscopy or research arthroscopy in rheumatology? *Br J Rheumatol.* 1998; 37:1039-41.
6. Committee on Ethics and Standards, Boards of Directors of the Arthroscopy Association of North America. Suggested guidelines for the practice of arthroscopic surgery. *Arthroscopy.* 2003;19:A24.
7. Société Française de Chirurgie Orthopédique et traumatologique, Société Française d'Arthroscopie, Société Française de Radiologie, Société Française de Rhumatologie, Société Française de Traumatologie du Sport, avec la participation de l'ANDEM. Conférence de consensus: l'arthroscopie du genou. Texte du consensus. Paris: ANDEM; 1994. p. 11.
8. Moseley JB, O'Maley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuynkendall DH, et al. A controlled trial of arthroscopy surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med.* 2002; 347:81-8.
9. Bradley JD, Heilman DK, Katz BP, G'Sell P, Wallick JE, Brandt KD. Tidal irrigation as treatment for knee osteoarthritis. A sham-controlled randomized, double-blind evaluation. *Arthritis Rheum.* 2002;46:100-8.
10. Cañete JD, Rodríguez JR, Salvador GS, Gómez A, Muñoz-Gómez J, Sanmartí R. Diagnostic usefulness of synovial vascular morphology in chronic arthritis. A systematic survey of 100 cases. *Semin Arthritis Rheum.* 2003; 32:378-87.
11. Salvador GS, Sanmartí R, García-Peiró A, Rodríguez-Cros JR, Muñoz-Gómez J, Cañete JD. P53 expression in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis synovial tissue and its association with joint damage. *Ann Rheum Dis.* 2005;64:183-7.
12. Cañete JD, Pablos JL, Sanmartí R, Mallofré C, Marsal S, Maymó J, et al. Antiangiogenic effects of anti-tumor necrosis factor alfa therapy with infliximab in psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004;50:1636-41.
13. Calvo Alén J, Acebes JC, Valls R, Cañete JD. Artroscopia reumatológica: falacia o realidad. Una panorámica de su situación actual en la medicina occidental. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2002;3:274-80.
14. Dougados M, Ayrál X, Listrat V, et al. The SFA system for assessing articular cartilage lesions at arthroscopy of the knee. *Arthroscopy.* 1994;10:69-77.